

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0890700081		
法人名	株式会社 和み		
事業所名	グループホーム優優		
所在地	茨城県結城市川木谷1-5-5		
自己評価作成日	令和 5 年 10 月 20 日	評価結果市町村受理日	令和6年3月26日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート		
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階		
訪問調査日	令和5年12月14日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>利用者様一人ひとりのペースに合わせ、ゆったり・楽しく・一緒に普通の生活ができるよう支援している。自治 会長・民生委員の協力を得ながら、地域の方々との交流も密に行っている。高齢になっても、ホームがここに あるから大丈夫という声もいただいています。入居者様・職員という垣根をこえた心触れ合う日常生活を心がけています。</p>

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は住宅地に立地し、自宅で暮らしている様に穏やかにのんびりと過ごせる環境となっている。代表者は開設時に笑顔を絶やさない普通の生活ができる理念を作り上げ、利用者の立場にたつて笑顔で利用者に接するよう指示している。管理者は代表者から強い信頼を受けており、職員間の関係も良好となっている。更に利用者との関係性は日常的に優しい口調での話し方をして家族同様に意思疎通できるように努めている。毎日の食事は代表者と管理者で週2回の買い出しをして、事前に献立は決めず冷蔵庫にある食材や自家菜園での野菜を活用し、肉、魚、野菜などバランスのとれた物を提供しているほか、利用者が曜日の把握に繋がるよう日曜日の献立は「カレーの日」と決めている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「ゆったりと、楽しく、一緒」に地域の中で生きいきと暮らしていけるよう日々話し合い理念を共有している。	事業所開設時に理念を作成するとともに、運営理念等を玄関に掲示している。管理者は、理念にある利用者の笑顔が絶えないような支援を実践するため、職員が穏やかに笑顔で利用者の支援にあたるよう指導している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	優優が発信地となり、自治体のコミュニティーも広がっている。日頃からのあいさつや会話をすすんで行い日常的に交流している。	自治会に加入し、回覧板を回しながら地域の情報や住民との交流を図っている。コロナ禍以前は自治会の行事や清掃活動に利用者に参加していたが、現在は中止になっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	自治会長・民生委員と連携して、地域の高齢者の介護相談を受けている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1度、奇数月に開催し、利用者の状況や介護の取組みについて報告し、サービス向上に生かしている。内容は議事録にまとめ、職員・と共有している。	2ヶ月に1度、対面や書面開催により運営推進会議を開催している。運営推進会議では、事業所の行事や利用者の状況報告を行っているが、委員からの運営に関する意見を得るまでには至っていない。	会議の開催方法に限らず、委員から事業所の課題等について意見等を貰うような工夫することを期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議に市の介護福祉課の職員に相談し意見を伺っている。出来る限り行政に出向いて、相談・報告をしている。	管理者は、利用者の介護保険更新時などに市に訪問し、利用者のことや事業所の実情を伝えるなどの協力体制を築いている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	内外の研修会に参加し具体的な身体的拘束となる行為について、全職員が理解している。身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束に関する委員会を設置しているが、開催するには至っていない。身体拘束を行う際の検討委員会での話し合いや家族等の同意を得るまでには至っていない。管理者は、職員会議時に身体拘束や虐待について職員に話しているが定期的な研修となるような内容とまでは至っていない。	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回開催することが望まれる。更にやむを得ず身体拘束をしない場合は検討委員会を活用した対応で実施することが望まれる。やむを得ず身体拘束をしない場合は実施する内容や期間を記載して家族等からの同意書得てから実施し、経過観察記録や再検討記録の作成をすることが望まれる。全職員に年2回の定期的な研修を実施することが望まれる。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	市主催の高齢者虐待防止会議に参加し事業所内研修をして防止に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	日常生活支援事業、成年後見制度を活用している。職員会議時に理解を深める事ができるよう学ぶ機会を持っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	文章による説明を行い、疑問点を伺っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	御家族に手紙を書き、面会時に会話するなどして意見や要望を聞くようにしている。	重要事項説明書に相談窓口等の記載がない。家族等へは面会時には必ず声かけや、電話連絡時などに意見や要望などを聴くように努めている。家族等からの意見や要望は、日報や個人ファイルに記録し、管理者や代表者に報告している。	重要事項説明書に外部の相談窓口を明記するとともに、家族等へ定期的な無記名アンケートを実施するなどを試み、家族等から運営に関する意見を得られることを期待する。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回職員会議を行い、意見交換や提案など話し合っている。	管理者と職員の年齢が近いことや以前同じ職場にいたことなどから、話しやすい雰囲気となっており、ほかにも職員会議時や職員面接時などに聞いている。職員から利用者に食事のメニューによる曜日の認識できる仕組みづくりの提案があり、実践している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員会議・運営推進会議行事に参加している。日頃から職員に声掛け、風通しの良い環境をつくっている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部への研修の参加を積極的に進めている。職員会議時に研修報告をして、全員が学べるようにしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	結城市の地域密着型サービス連絡協議会に参加し、お互いに情報交換や学びあいサービス向上につなげる取組みをしている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	見学時や相談の段階により、困っている事や不安な事を聞き、精神的サポートをしている。事前調査・訪問調査を行い、本人の話を伺う機会を持っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	契約時・サービス開始前に十分に時間をとって相談し、安心して入居頂けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居までの間のサービス利用について相談に応じている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	教えていただくことを多くし、支え合いながら一緒に生活している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	場面ごとに相談して、ご家族に協力していただいている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	友人・知人の面会がある。ご本人の行きたい所へは行ける支援をしている。	フェイスシートを作成して利用者の馴染みの関係を把握している。定期的な外出支援をコロナ禍の状況を見ながら可能な限り行っている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士で助け合い協力し合いながら、家事仕事をする姿が日頃から見られる。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院した病院に職員と利用者が一緒に見舞に行ったり、他施設へ面会に行っている。退所されてからも家族が立ち寄って下さるなど、関係性を継続している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日頃本人となじみの関係の中で、心を開き話せる時間を持って聞き、希望や意向の把握に務めている。	利用者との日々の会話や関わりで希望や意向を把握しているほか、表出困難な利用者とは、態度や表情から汲み取り職員間で相談しながら把握するように努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	面会時に家族からお聞きしたり、日頃の会話の中で、ご本人から伺うことも大切にしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々ケース記録に記入し、全員が把握できるように努めている。職員会議時に状態や気づいたこと等話あっている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	要望・課題・ケアの方法について話し合い、現状に即した会議計画を作成している。	介護計画作成時には、利用者や家族などの意見は聴いているが、全ての利用者の介護計画書に同意を得るまでには至っていない。介護計画書は短期6カ月長期1年だが、モニタリングを実施するまでには至っていない。	介護計画書作成後は、利用者や家族等から同意と署名捺印のを得ることが望まれる。介護計画の見直しは、定期的なモニタリングを実施し状態の変化に応じて見直しにすることが望まれる。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々のケース記録に介護計画にそった記録をし、いつでも全職員が見られるように情報の共有をはかっている。その上で職員会議にて気づいたことや工夫について話し合い見直ししている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	通院・入院・自宅に帰りたい時など、その人の状況により、ご家族と共に希望に沿えるように話し合いながらサポートしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	職員として看護師がおり、情報を集めて主治医と連携をはかっている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	つきに2度往診していただき、利用者の健康チェックをしている。	協力医療機関および訪問看護による月2回の訪問があるほか、看護師資格を持つ職員が在籍していることで24時間連携できている。利用者が受診の際は、職員が付き添い、医師との健康状態の意見交換や健康状態の把握をしている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	職員として看護師がおり、情報を集めて主治医と連携をはかっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	病院と情報交換や早期退院に向け話し合っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	計約時にご家族と看取りについて話し合っている。	契約時に「看取りケア(終末期における看取り介護)指針」で説明し、「看取りに関する同意書」を得ている。利用者が重度化した場合の看取りのマニュアルの作成や内部研修を実施するまでには至っていない。	重度化や看取り介護に備えマニュアルの作成と職員への定期的な研修を期待する。また、緊急時の対応として状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと同意書の再確認を期待する。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	訪問看護と連携をはかっている。急変時にはすぐに対応していただいている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防署指導の訓練と自主訓練を防火設備会社や近隣の人と一緒に年1回実施している。	夜間想定を含め年2回の避難訓練を実施している。避難訓練に参加した参加者名の記載がないことや反省点から今後の課題の把握がしづらい記録となっている。災害に備えた備蓄品を準備しているが管理するまでには至っていない。	避難訓練後は、参加者や実施状況、次回に向けた課題などを記録した実施報告書を作成することを期待する。また、災害時に備えた備蓄品の準備と備蓄品の一覧表を作成することを期待する。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	人生の先輩として尊重して接している。個人情報取り扱いに関する同意書を交わしている。	代表者は職員にトイレ誘導の声掛けは小声で対応するほか、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮するよう指示している。定期的に接遇研修を実施するまでには至っていないことから言葉づかいや声のトーンが職員にばらつきがある状態となっている。	定期的に職員への言葉づかいや声のトーンを含めた接遇研修を実施し、利用者の支援にあたることが望まれる。
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	共に暮らす中での普段のつぶやきや本人が語る話し、表情から想いをよくみとれるようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	業務だけにとらわれず、状況に応じて散歩・買い物など希望を伺いながら支援している。ご本人のペースを尊重している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	着る服の選択や髪型もご本人が決定している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	野菜作りが得意な方と一緒に庭で野菜作りをし、収穫した野菜や季節の食材を使って一緒に献立を考え食事を楽しむ。	週2日、代表者と管理者が買い物をし、冷蔵庫にある食材から献立を決めて職員が調理して提供している。自家菜園で収穫した野菜を食材に活用している。利用者の状態に応じた食事を作っている。季節感のある行事食を提供している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量・水分摂取量を毎日チェックしている。摂取量が少ない方には形態を工夫し無理のないよう本人の状態にあわせて支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯科医の指導を受けながら、一人ひとりの状態に応じて対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄パターンや排泄サインから把握し、便座に座っていただくことでの排泄の成功へとつながるよう支援している。	日中は車いす利用の利用者も布パンツやリハビリパンツを使い、トイレ誘導を行っている。利用者の排泄パターンや仕草から、利用者に応じた声掛け誘導を行うことで、トイレでの排泄ができるようになっている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	きなこ牛乳・ブルー乳酸飲料や繊維質の食べ物で工夫したりし、軽い運動を取り入れている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	夕方の入浴が通常となっているが、希望に応じ支援している。午前中は足良くを行ってリラックスしていただけるようにしている。	入浴は週2日～3日の支援を行う他、医師より指示のあった利用者には清拭による支援を行っている。利用者に温泉気分を味わってもらえるよう、入浴剤を使用している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	その人に応じた居室で休憩していただいたり、居間のソファで横になったりされている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	看護師が主となり行っており、他の職員も理解している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一緒に暮らす中で好きな事や得意な事をすすんでおこなっているのを見守っている。日頃の本人の些細な言葉を大切にしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	季節に応じて花見などに行っている。お彼岸には墓参り支援も行っている。	コロナ禍により利用者の外出支援は中止している。事業所では外出支援を行っていない。希望する場合は、家族等が利用者連れて外出している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	ご本人が欲しい物は、ご家族に相談する。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話をかけたい時は支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居間で使い慣れた椅子とテーブルなどを使用している。まな板の音・料理の香・話し声など、生活を五感で感じていただけるようにしている。	ホールは食事をするテーブルの他にソファや畳があり、利用者は指定席のようにそれぞれの席で寛ぎながらテレビを見ている。壁には行事の写真や職員と一緒に折り紙で制作した花などが飾られている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居間で仲の良い同士でお茶を飲んだり、廊下のソファでひとりでくつろぐ方もいる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れたタンス・ベット・椅子を持って来ていただいている。家族の写真などを飾るなど心地よく過ごしている。	管理者は利用者や家族等に、使い慣れた家具や生活用具を持ち込んでもらうよう伝えている。ベッドやタンスを持ち込むなど、それぞれの部屋作りがされている。衣類の入れ替えは職員が行い、不足した時は家族等に連絡している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレの場所など場所がわかりやすいように表示している。手すりの設置や椅子を利用して立位や歩行の室内での自立支援をしている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム優優

作成日 令和 6年 3月 26日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	5	身体拘束をしないケアの実現	全職員が参加し拘束をしないケアに取り組む	2月より開催しています	6ヶ月
2	6	運営に関する利用者、家族等意見の反映	ご家族様より意見を聞くようにし、玄関に意見箱を設置している	ご家族様が来所されたときに生活状況を説明しています	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。